

以下 請求書に共通した 2 枚目(続紙) (任意継続・資格喪失後の方には、直接お支払いします)

【傷病手当金】【出産手当金】【療養費(家族)療養費】【海外(家族)療養費】【埋葬諸費/家族埋葬料】
 【出産育児一時金/家族出産育児一時金】【移送費/家族移送費】

振込先指定口座	金融機関名称	金融機関名 〇〇銀行	支店名 〇〇支店
	預金種目	普通・当座 別段・通知	口座番号(左づめ) 9 9 9 9 9 9 9
	口座名義	カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。) ケンポ ジロウ	

ご自身の任意の口座をご指定下さい。

チェック不要です

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	<input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 記号・番号 901 - XXXXX 氏名 健保 次郎 住所 〇〇県〇〇市△△9-9
	代理人(口座名義人)	住所 _____ 氏名 _____

代理人を指名する必要はありません。記入はご無用です。

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

川崎汽船健康保険組合理事長 殿